

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1922-1923 — N° 128

Le
CANCER TOTAL
de la,
MUQUEUSE UTÉRINE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 3 Juillet 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre DELARBRE

né à VERNOUX (Ardèche) le 21 Mai 1896



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

1923

LE CANCER TOTAL
DE LA MUQUEUSE UTÉRINE

Le
CANCER TOTAL
de la
MUQUEUSE UTÉRINE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 3 Juillet 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre DELARBRE

né à VERNOUX (Ardèche) le 21 Mai 1896



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

—
1923

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. HUGOUNENQ.
Doyen	MM. J. LEPINE.
Assesseur	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT,
A. FLORENCE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TESSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique	COMMANDEUR
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	WEILL
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	POLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	LANNOIS
Chimie biologique et médicale	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie	N.-JOSSE
Matière médicale et Botanique	ROCHET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	CLUZET
Histologie	HUGOUNENQ
Physiologie	MOREL
Pathologie interne	BRETIN
Pathologie et Thérapeutiques générales	GUIART
Anatomie pathologique	LATARJET
Chirurgie opératoire	POLICARD
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	DOYON
Médecine légale	COLLET
Hygiène	MOURIQUAND
Thérapeutique	PAVIOT
Pharmacologie	VILLARD
	ARLOING (F.)
	ETIENNE MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	MOREAU

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	VAILLAS
— — — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Embryologie	GRAVIER.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	TRILLAT	ROUBIER
LERICHE	FROMENT	SARVONAT	FAVRE
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (L.)	FLORENCE (G.)	BONNET
TAVERNIER	PIERY	ROCHAIX	NOEL, chargé
CADE	COTTE	CORDIER	des fonctions
GARIN	DUROUX		

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. TIXIER, président, M. PATEL, assesseur
MM. LERICHE et BONNET, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE

MON PÈRE LE DOCTEUR DELARBRE

ET DE MON FRÈRE ANDRÉ

A MA MÈRE

Je dédie cette thèse, faible témoignage
de ma grande affection.

A MON FRÈRE MAURICE

A MES PARENTS

AUX FAMILLES BAC, BARNAUD ET CALIXTE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

*Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Lyon
Chevalier de la Légion d'Honneur*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. BONNET

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MES JUGES

A MES MAÎTRES

LE CANCER TOTAL DE LA MUQUEUSE UTÉRINE

INTRODUCTION

Nous entreprenons l'étude d'une forme très particulière de cancer utérin, pour laquelle nous proposons le nom de Cancer total de l'utérus.

Deux observations récentes de la clinique du Professeur Tixier ont attiré l'attention sur cette forme particulière de cancer: L'utérus une fois enlevé, sur le diagnostic clinique de cancer du corps ou de cancer du col avec pyométrie, apparut à la coupe complètement envahi; toute la cavité utérine jusqu'à l'orifice externe du col était remplie par un bourgeonnement néoplasique. A cette occasion, nous avons retrouvé deux observations anciennes de la clinique, superposables à celles-ci, et nous avons cru pouvoir faire une description spéciale de cette forme du cancer.

Les cas publiés en sont rares et nous n'avons pu réunir, malgré des recherches effectuées avec soins dans les principaux ouvrages de gynécologie et de chirurgie, que dix observations. Mais, le fait que parmi celles-ci figurent quatre observations de la clinique du Professeur Tixier, nous laisse supposer que le cancer total de l'utérus n'est pas exceptionnel.

Il faut bien cependant qu'il soit rare, puisque dans l'ouvrage de Cullen (1900) sur le cancer de l'utérus, l'unique cas observé par cet auteur est rapporté sous le nom « Une variété rare d'adénocarcinome de l'utérus », et Maunu af Heurlin qui en rapporte trois cas et discute l'origine probable du cancer dans le col écrit : « Cette forme d'adénôme malin du col qui envahit, en s'étalant, toute la surface interne de l'utérus n'a pas été décrite jusqu'à présent ».

Il y a évidemment à côté de cette variété que nous décrivons, des cas assez nombreux dans lesquels on observe l'envahissement simultané du col et du corps; mais ce sont, à côté de quelques rares cas de coexistence de cancer du corps et de cancer du col, des propagations de part et d'autre de l'isthme (limite pathologique habituelle du cancer du col et du cancer du corps), d'un cancer dont il reste à discuter le point de départ primitif. Ce sont alors presque toujours des envahissements limités laissant libre une partie plus ou moins importante du fond utérin. Nous avons été conduits au cours de nos recherches bibliographiques à recueillir ces observations pour les étudier, les éliminer du cadre que nous nous étions tracé. Elles peuvent être utilisées pour l'étude pathogénique où nous les retrouvons.

Mais, avant d'entrer dans l'étude de notre sujet, qu'il nous soit permis de témoigner toute notre reconnaissance à M. le Professeur Tixier pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse. Nous avons suivi avec attrait son enseignement et sommes heureux de le remercier ici de ce que nous lui devons.

Nous remercions vivement M. le Professeur agrégé Bonnet qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et a bien voulu nous aider et nous guider dans le développement de ce travail. Il ne nous a ménagé ni son temps ni sa peine. Nous n'oublierons jamais l'accueil bienveillant et l'amabilité qu'il nous a montrés et c'est un bien agréable devoir que de lui exprimer notre profonde gratitude. Nous devons à son extrême obligeance les dessins qui illustrent cette thèse.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Clinique de M. le Professeur Tixier.

Mme X..., âgée de 57 ans. Entrée le 12 février 1923 pour des pertes.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à 73 ans d'une pleurésie. Père 86 ans, en bonne santé. Deux sœurs bien portantes.

Antécédents personnels. — Rougeole dans l'enfance. Réglée à 13 ans. Règles très régulières tant par leur apparition que par leur abondance et leur durée. Mariée, à 23 ans. Mari mort d'ictus apoplectique à 70 ans. Deux enfants: une fille morte en bas âge, un fils mort de pleurésie. Pas de fausse couche. Jamais malade jusqu'à 47 ans. Ménopause à 47 ans. A 53 ans, épanchement de synovie dans le genou droit.

Début clinique. — Remonte à peu près à deux ans: réapparition des règles. Pertes rouges assez abondantes, fétides, toutes les trois semaines. Dans leur intervalle, pertes blanches (la malade dit qu'elle perdait de l'eau). Deux médecins consultés lui dirent que ce n'était rien et instituent un traitement médicamenteux et cela pendant dix mois.

Il y a un an: Les pertes deviennent continuelles: pertes rouges et pertes blanches se succèdent sans interruption. En même temps, la malade ressentait de vives douleurs dans le bas-ventre, s'irradiant à la région lombaire et dans les membres inférieurs: douleurs discontinues présentant des paroxysmes.

Il y a 4 mois: Pertes moins abondantes, les douleurs sont moins vives, mais pertes rouges fétides qui amènent la malade à consulter M. le Professeur Tixier.

12 février 1923: Entre à l'Hôtel-Dieu. Amaigrissement. Pas de signes d'anémie marquée. Pas de constipation. Légère pollakiurie depuis quelque temps. Urines normales.

Examen gynécologique, 13 février 1923: Utérus gros, dur. Bloc solide enclavé en arrière sous le promontoire bombant dans le rectum.

Col dur entr'ouvert : la pulpe du doigt perçoit des bourgeons intracavitaires. Ecoulement blanchâtre et sanglant, extrêmement fade et fétide.

On perçoit très nettement un nodule de propagation sous-urétral, du volume d'un haricot, arrondi, élastique, circonscrit.

Etat général. — Malade pâle. Nœvis disséminés sur la paroi abdominale.

Diagnostic clinique — Néoplasme du corps utérin avec fond utérin en rétroposition, dur et mou.

17 février 1923. Intervention. — Pfannenstiel: Hystérectomie totale rendue difficile uniquement par le fait que l'utérus mou semble devoir se décapiter à la moindre traction. Néoplasme diffus de toute la cavité utérine ayant envahi la portion cervicale de l'utérus : parois utérines très amincies. Hémostase difficile du côté des veines utérines droites. Mèche à l'ordinaire. Péritonéisation basse. Fermeture totale sans drainage.

Suites opératoires. — Les suites immédiates sont bonnes. La malade urine. La T° qui a atteint 38°4 le lendemain soir 18 est redescendue progressivement à 37°9 le 20 au soir. Ablation de la mèche le 20.

21 février. — Purge. T° 38°2. Pouls 110.

La température continue à s'élever et atteint 38°5 le 23. Le pouls reste rapide. Légère suppuration de la paroi. On ne note aucun symptôme du côté des membres inférieurs. Pas de douleur dans le mollet, quand, le 24 au soir, s'installe insidieusement un œdème de tout le membre inférieur gauche.

26 février. — L'état s'aggrave.

27 février. — T° 38°9, pouls: 110. La malade est oppressée sans avoir eu de points de côté ni de crachats hémoptoïques. Les extrémités sont froides. Rétention d'urines et constipation. Nausées. Injection sous-cutanée de strychnine et 300 cmc de sérum. Infusion de poudre de feuilles de digitale. Sondage.

1^{er} mars 1923. — Décès.

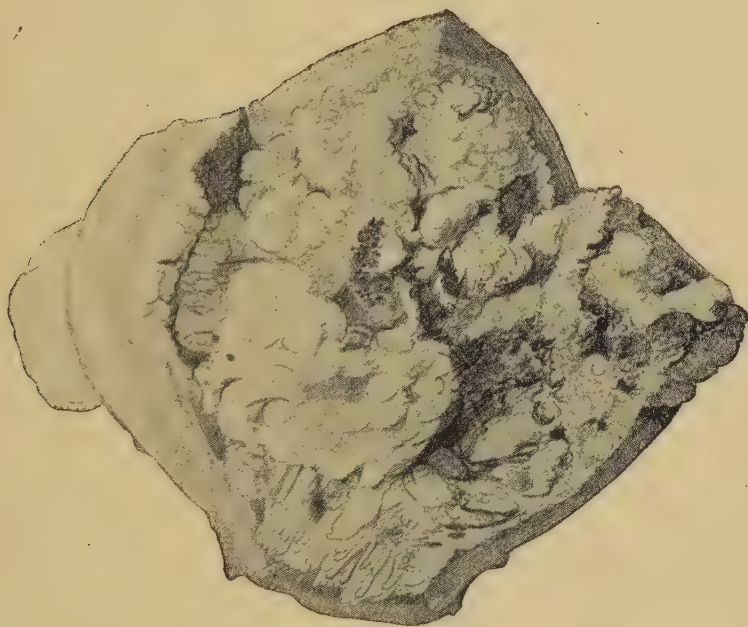


Figure 1.

Examen de la pièce. — L'utérus est de volume augmenté, mais pas très considérable, sa forme est globuleuse. Coupé par sa face antérieure, l'utérus apparaît complètement rempli par un bourgeonnement qui a effacé totalement la lumière.

Les bourgeons exubérants remplissent en totalité le corps et le col, de telle sorte qu'il est impossible sur la pièce de marquer une limite entre ces deux portions. Dans la région du fond, les bourgeons sont particulièrement exubérants, volumineux, éversés sur la muqueuse qui, en un point très limité, de sa partie droite est couverte plutôt qu'envahie par le néoplasme. Quelques millimètres seulement du col sont encore respectés. Ils répondent à la partie de l'insertion vaginale du col. Le col est relativement étroit et non évasé en tromblon. Les bourgeons qui l'occupent ont pris une apparence vilieuse et descendent comme des franges à travers le col entr'ouvert. La partie superficielle des bourgeons les plus hauts situés est couverte d'un exsudat puriforme, beaucoup sont en voie de nécrose ou envahis par une infiltration hémorragique.

Les parois de l'utérus ne sont pas épaissies. Elles ne semblent pas non plus très amincies, comme il avait paru au cours de l'opération: Dans l'ensemble le muscle paraît peu infiltré par le néoplasme qu'au simple aspect microscopique, semble relativement limité du muscle sous-jacent. Sauf en certaines parties du corps où la pénétration semble plus nette, nulle part il n'y a d'infiltration proprement dite dans le muscle qui n'est pas rongé comme dans les cancers intracavitaires du col où les cancers de l'isthme et le muscle, une fois l'utérus coupé, s'évase et étale la tumeur comme si le corps utérin avait conservé sa souplesse normale. On dirait d'après le simple aspect macroscopique qu'il s'agit d'un cancer total de la muqueuse utérine et relativement limité à la muqueuse.

Etat des annexes. — Des deux côtés les annexes sont saines. Les trompes sont ouvertes: grosse hydatide du côté gauche. Les ovaires sont petits, séniles.

Figure 2. — Cette préparation prélevée au seul point où il paraissait exister encore un peu de muqueuse normale au niveau de l'une des faces du corps utérin, montre de façon très nette le lieu de passage entre la muqueuse saine et la tumeur éversée qui la recouvre partiellement. Le muscle paraît sain, seulement bourré de cellules inflammatoires et très vascularisé. On remarque à droite une muqueuse absolument

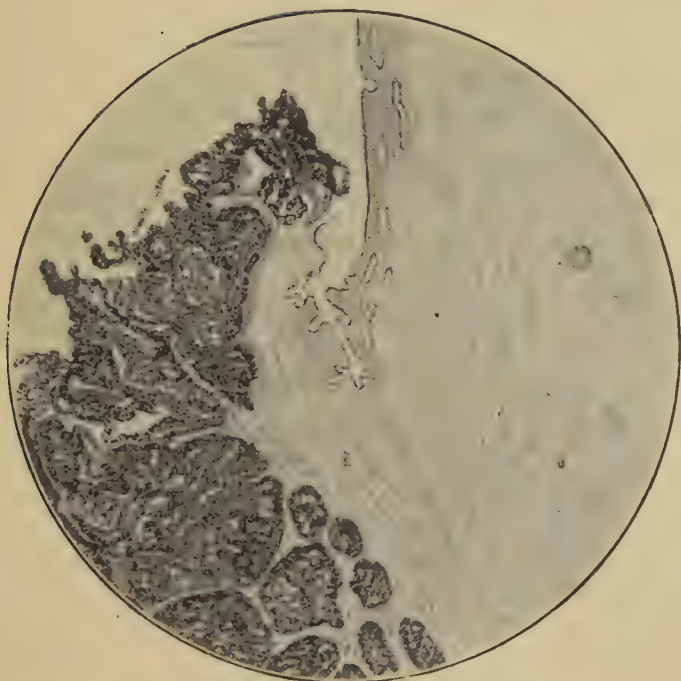


Figure 2.

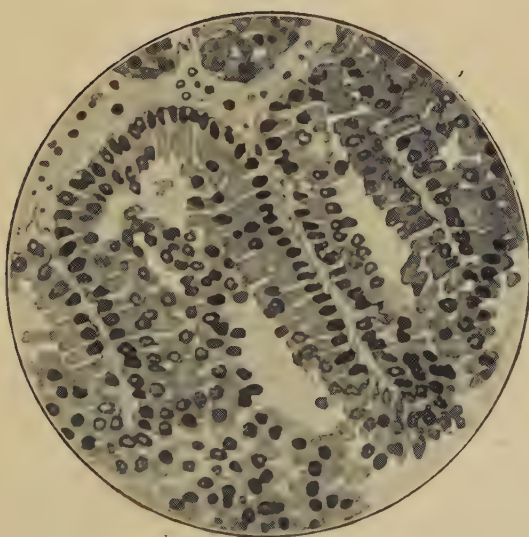


Figure 3.

saine, couverte d'un épithélium typique. Au-dessous d'elle, des glandes également typiques logées au milieu de cellules inflammatoires. La muqueuse est renversée sur elle-même par l'exubérance de la tumeur qui s'éverse et cache en partie la muqueuse saine. L'aspect varie alors du tout au tout: une tumeur végétante semble implantée à la surface du muscle, non envahi en ce point particulier de la préparation. La muqueuse a disparu pour faire place à un bourgeonnement exubérant formé d'axes conjonctifs très grêles supportant des cellules néoplasiques rangées très irrégulièrement.

Figure 3. — A un plus fort grossissement, le détail histologique apparaît: un axe conjonctif bourré par places de petites cellules rondes est recouvert d'un épithélium extrêmement atypique. On reconnaît vaguement l'aspect cylindrique des cellules qui le tapissent immédiatement. Mais des assises superposées de cellules, celles-ci très atypiques, se superposent à la première rangée et viennent remplir les espaces restés libres entre les axes conjonctifs. Il s'agit d'un adénocarcinome très atypique d'une grande malignité histologique.

OBSERVATION II

— Clinique de M. le Professeur Tixier.

Mme X., âgée de 66 ans. Entre pour pertes et douleurs.

Antécédents héréditaires. — Parents morts d'affection inconnue. Une sœur morte à 32 ans, probablement de cancer utérin. Un frère mort d'hémorragie cérébrale à 63 ans.

Antécédents personnels. — Rougeole dans l'enfance. Régliée à 12 ans. Règles régulières, mais souvent très douloureuses. Mariée à 34 ans. Un premier mari mort à la suite d'une opération pour ulcère d'estomac. Second mari mort à 78 ans. Troisième mari mort de bronchite chronique. A eu une grossesse de son premier mari. Accouchement prématuré à 6 mois: enfant bien constitué qui est mort. Ménopause à 55 ans. Pendant 4 ans, plus aucune perte.

Début clinique. — A 59 ans, en 1914, la malade commence à perdre peu à la fois, assez souvent; puis les hémorragies se rapprochent, deviennent de plus en plus abondantes sans aucune régularité, sous l'influence d'un effort, d'une contrariété, dit la malade. Les injections vaginales les provoquent. Cet état persiste jusqu'en février 1920.

Février 1920. — A cette époque, abondante hémorragie; depuis, elles se répètent et se succèdent tous les 6 à 8 jours. La malade se confia aux Sœurs de l'hôpital Saint-Pothin qui dirent: « Ne vous inquiétez pas, cela vous préservera d'une attaque ».

18 novembre 1920. — Les douleurs apparaissent: douleurs intenses, à caractère expulsif; la malade dit qu'il lui semble qu'elle va accoucher; douleurs presque constantes, surtout intenses la nuit. Irradiations aux lombes. La malade dit avoir un peu maigri. Mictions fréquentes (4 ou 5 fois la nuit); parfois, incontinence d'urines.

25 novembre 1921. — A l'entrée: malade grasse, paraissant en assez bon état général; le teint est coloré; T° 37°8; pouls 88. On note, dès le début de l'examen, que les pertes sont très abondantes, rosées, nauséabondes.

Goître de petit volume, à peu près médian, mobile sur la trachée, de consistance molle. La malade dit que ce goître était autrefois plus gros; exophtalmie nette: œil droit plus saillant que le gauche; tachycardie légère 88-100; pas de tremblement. Quelques sibilances au poumon gauche.

28 novembre 1921. — La T° atteint 38° tous les soirs. Les pertes ont duré sans arrêt depuis l'entrée.

Examen gynécologique. — Au toucher vaginal: col très augmenté de volume dans son ensemble, très dur; l'orifice est entr'ouvert et le doigt sent saillir par cet orifice des bourgeons fermes et friables dont on ramène des fragments. L'utérus tout entier est gros; on le délimite mal à cause de l'adiposité de la paroi; il est peu mobile; les culs-de-sac sont oedémateux. Au toucher rectal: rien de spécial.

Diagnostic clinique. — Néoplasme du corps utérin avec bourgeons intracervicaux expulsés. Aucun signe de généralisation péritonéale.

5 décembre: *intervention.* — Malgré l'âge, 66 ans, hystérectomie abdominale totale. Il faut aller vite: laparotomie longitudinale médiane; vessie avec gros repli sous-péritonéal, graisseux, gênant beaucoup la vue sur la face antérieure de l'utérus. Hystérectomie abdominale totale rendue difficile par la friabilité extrême des tissus, l'infiltration oedémateuse des ligaments larges. A signaler une dégénérescence néoplasique de même nature de l'ovaire gauche. Péritonéisation basse, fermeture totale du ventre.

8 décembre. — Désunion de la paroi. La plaie a un aspect grisâtre et sphacélique.

8 mai 1922. — La malade sort guérie.

29 mai 1923. — Elle va bien.

Examen de la pièce. — L'utérus est volumineux, globuleux, avec un col très large, évasé en tromblon. Ouvert par sa face antérieure, on voit la cavité entière de l'utérus, col et corps, complètement envahie par le néoplasme. Seule, une toute petite partie du col, de forme triangulaire, semble respectée par les bourgeons néoplasiques, elle présente cependant un aspect granité velvétique, dû à des granulations très fines, de consistance dure, légèrement saillantes. Un petit œuf de Naboth est situé sur le bord libre du col, au voisinage de

l'insertion vaginale. Les bourgeons qui remplissent le corps forment des saillies mamelonnées, extrêmement irrégulières, séparées par des anfractuosités. Ailleurs, les bourgeons sont peu saillants, ils bossèlent simplement la cavité utérine. L'isthme est lui-même occupé par un bourgeonnement exubérant,



Figure 4.

saillant dans la cavité, au fur et à mesure que les bourgeons cancéreux descendent sur le col, ils tendent à l'éverser et s'évasent à l'extérieur, hors du col, sur l'utérus fendu au niveau de sa paroi antérieure. Dans la cavité cervicale, les bourgeons sont atteints de nécrose, couverts d'exsudats hémor-

ragiques qui en modifient l'aspect. D'autres, au contraire, prennent un développement considérable et semblent à l'étroit à l'intérieur du col.

Les parois de l'utérus sont très épaisses. Au niveau du corps, le muscle semble hypertrophié, on y remarque un petit nodule fibreux et la pénétration du cancer dans le muscle sous-jacent n'est pas aussi évidente que plus bas; au niveau de l'isthme, les bourgeons pénètrent bien davantage dans la musculature, mais la limite entre le cancer et le tissu musculaire n'apparaît pas nettement tranchée. Les parois, en tout cas, ne semblent pas rongées, comme on le voit souvent dans le cancer de l'isthme ou le cancer endocervical. Il en est de même dans la région cervicale de l'utérus, où le cancer ne présente pas l'aspect térébrant que l'on observe parfois. Nulle part, les anfractuosités, qui séparent les bourgeons néoplasiques, n'atteignent, par leur pénétration, la surface extérieure de l'utérus. La surface de bourgeonnement est par places couverte d'un exsudat puriforme; mais on ne trouve pas sur la pièce ouverte de signes évidents de pyométrie.

Etat des annexes. — A droite, l'ovaire est absolument sain, la trompe est fermée, du volume du doigt: c'est un petit hydrosalpinx.

A gauche: les annexes ont été partiellement déchirées au cours de la libération et il est difficile de dire de façon précise si le néoplasme est exclusivement tubaire ou ovarien. Il semble cependant avoir envahi surtout la trompe; car, sur une section franche, ce qui semblait extérieurement appartenir à l'ovaire a un contenu hémorragique, le caillot enlevé, la paroi paraît nette, kystique. La trompe enveloppe l'ovaire et c'est ce qui a donné l'impression première que l'ovaire était envahi. La lumière de la trompe est très distendue et sa surface interne est tout entière occupée par un bourgeonnement néoplasique qui, près de l'utérus, se distingue mal de l'aspect vilieux normal de la trompe; mais qui, dans la partie ampullaire, épaissit considérablement les parois d'ailleurs très friables et forme un bourgeonnement de même caractère que celui de l'utérus.

Examen histologique. — L'examen histologique que nous présentons n'a porté que sur la tumeur elle-même et ne montre

pas les rapports du cancer avec le muscle utérin. D'autres examens histologiques seront pratiqués ultérieurement, destinés à établir l'envahissement du corps utérin et à étudier la métastase de la trompe. Nous apportons donc ici un examen histologique insuffisant, mais qui permet toutefois d'établir la structure histologique du néoplasme lui-même.

Il s'agit d'un épithéliome cylindrique typique. L'aspect de la préparation est de prime abord celui d'un adénome malin.

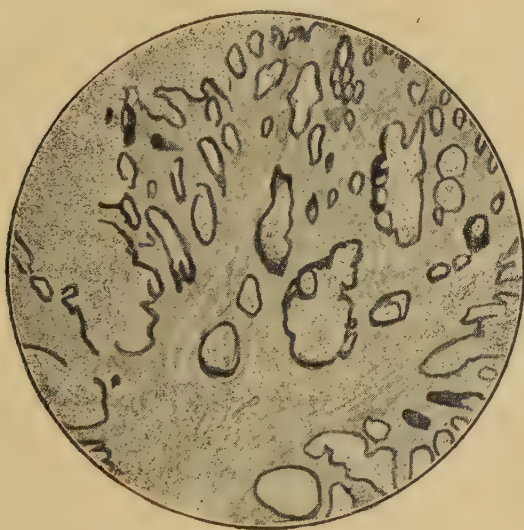


Figure 5.

La tumeur est formée d'un bourgeonnement exubérant, rappelant par sa forme les bourgeonnements des champignons de la classe des clavaires. Le bourgeonnement est formé d'un stroma conjonctif, épais à la base, qui s'épanouit en s'aminçissant sous forme de prolongements déliés. Cet axe conjonctif est parcouru par des capillaires néoformés, en général un capillaire central pour chaque prolongement. L'axe conjonctif est tapissé d'un épithélium cylindrique unistratifié en de nombreux points. De sorte que l'examen de certaines ré-

gions les moins modifiées donne l'apparence, comme nous l'avons dit, de l'adénome malin.

Mais, ailleurs et en des points assez nombreux, on constate à un plus fort grossissement, que l'épithélium de recouvrement est en réalité formé de plusieurs assises: l'une profonde a conservé son caractère cylindrique à peu près normal, les couches superficielles sont au contraire polymorphes, prolongeant sous forme de végétations l'épithélium de surface. En d'autres points même, des nappes cellulaires forment des boyaux pleins au voisinage d'autres régions où le recouvrement épithélial est peu modifié.

Il s'agit donc d'un adénome malin typique par places, présentant en certains points un aspect et une ordonnance très atypique. C'est une forme de transition entre l'adénome malin et l'adénocarcinome. Donc, une forme, si l'on peut dire, histologiquement peu atypique et partant d'un pronostic histologique relativement peu malin.

Figure 5. — Un axe conjonctif à prolongements déliés et recouverts d'un épithélium apparemment unistratifié, circonscrivant une lumière centrale, ce qui donne par place un aspect pseudoglandulaire.

Figure 6. — Au plus fort grossissement se voit l'axe conjonctif accompagné en son centre d'un capillaire bourré de globules rouges et tapissé d'un épithélium apparemment peu modifié en certains points, formant ailleurs un bourgeonnement exubérant de plusieurs assises cellulaires ou des sortes de niches bourrées de cellules très atypiques.

Figure 7. — Un autre point de la préparation montre à côté d'un revêtement épithélial formé d'une seule assise de cellules cylindriques, un bourgeon plein, sorte de plage bourrée de cellules d'aspect très atypique.

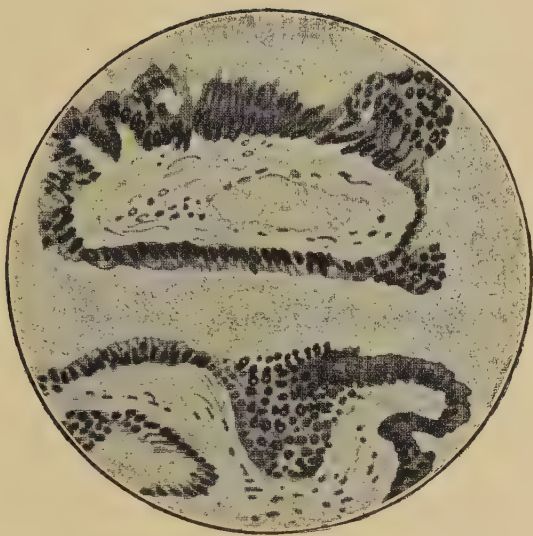


Figure 6.

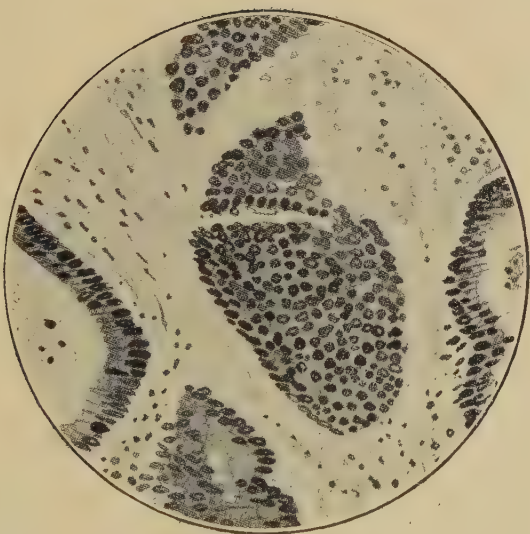


Figure 7.

OBSERVATION III

Clinique de M. le Professeur Tixier.

Madame X., âgée de 69 ans. Entrée le 11 septembre 1919 pour pertes blanches.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 28 ans d'affection inconnue ; mère morte à 50 ans à la suite d'un accident. Une sœur en bonne santé. Elle reste seule avec cette sœur d'une famille de douze enfants (causes des décès inconnues).

Antécédents personnels. — Prétend n'avoir jamais été malade. Réglée à 16 ans, très régulièrement depuis. Mariée à 18 ans. A eu 6 enfants dont 4 sont morts (soit : méningite à 7 ans, bronchite 22 ans, suites de couches ou de cause inconnue). Deux enfants vivants en bonne santé. Ménopause à 45 ans.

Début clinique. — Il y a 1 an $\frac{1}{2}$, 67 ans, pertes rouges, puis pertes blanches. Un médecin lui conseilla des injections et du repos. Le malade insiste sur ce fait qu'à aucun moment elle n'a ressenti de véritables douleurs. Les pertes vont en augmentant « claires comme de l'eau » dit la malade. Elle va consulter M. le Professeur Tixier qui la fait entrer à l'Hôtel-Dieu le 11 septembre.

Toucher vaginal. — Gros néoplasme du col semblant faire issue à travers le col comme un néoplasme intracervical ; les parois du vagin ne semblent pas envahies ; il n'y a aucun signe d'envahissement des cloisons vésico et recto-vaginales.

Pas d'albumine dans les urines.

Diagnostic clinique. — Il s'agit d'un cancer typique cavitaire bourgeonnant avec gros fungus sortant par le col entre les lèvres encore saines. Malgré l'âge, 69 ans, malgré l'obésité de la malade on est en droit de tenter une intervention qui sans être un Wertheim à prétention radicale sera une opération palliative utile.

16 septembre, *Intervention*. — Hystérectomie totale à l'ordinaire dans de bonnes conditions, satisfaisantes ; opération bien typique ; utérus très friable se déchirant.

10 octobre 1919. — La malade sort.

L'examen de la pièce montre une dégénérescence totale de la cavité utérine ; sur aucun point les tuniques utérines ne sont perforées, de telle sorte que malgré l'ancienneté du cas, on peut espérer encore un bon résultat définitif.

OBSERVATION IV

Clinique de M. le Professeur Tixier.

Madame X., âgée de 62 ans. Entrée le 15 juillet 1914, envoyée par M. le docteur Bonnet.

Antécédents personnels. — Pas de maladies antérieures. Réglée régulièrement jusqu'à 48 ans. Une fille à 34 ans. Ménopause à 48 ans sans incidents.

Début clinique. — Il y a 6 ans (56 ans) la malade eut une grosse hémorragie qui la rendit très anémiée ; un chirurgien consulté constata une petite tumeur qu'il proposa à la malade d'enlever. Elle refusa à cette époque l'intervention et depuis elle a continué à perdre soit un peu de sang soit des pertes blanches.

Depuis 10 mois hydorrhée continuelle de temps en temps liquide rosé. Amaigrissement de 10 kilos.

A l'examen. — Malade de 62 ans ayant un assez bon état général.

Toucher vaginal. — Bourgeons néoplasiques sur le col et la paroi vaginale ; corps utérin volumineux de consistance plutôt molle, faisant songer à de la pyométrie ou à un utérus fibromateux avec dégénérescence ; culs de sac blindés. Rien aux autres organes.

20 juillet. *Intervention.* — Pfannenstiel; fond utérin mou infiltré indiquant son envahissement par le cancer; prise très difficile, car il s'arrache; infiltration des ligaments larges. Wertheim typique impossible: on taille de propos délibéré dans la tumeur; ablation au niveau des insertions du vagin, puis, secondairement, ablation de l'infiltration vaginale incomplète; impossible de trouver l'urètre dans l'infiltration. Péritonéisation basse très satisfaisante sur grosse mèche; tampon; fermeture totale du ventre.

1^{er} août 1914. — Décès.

Examen de la pièce. — Il s'agit d'un cancer du corps utérin avec envahissement du col et greffe vaginale.

OBSERVATION V

(Cullen: *The Cancer of the uterus*, 1900, gyn. n° 3639, p. 588)

N. G., 76 ans, blanche. Entrée le 30 juillet 1895 pour: pertes blanches abondantes et douleur abdominale intense.

La malade a été mariée pendant 56 ans et a eu 7 couches normales. Les règles cessèrent il y a 25 ans. A toujours été en bonne santé.

Un grand père mort du cancer. Plusieurs de ses parents étaient tuberculeux.

Durant l'année précédente elle a eu un copieux écoulement vaginal de couleur jaunâtre et a ressenti des douleurs vives lancinantes dans tout le ventre. Pendant les six derniers mois, pour calmer ces douleurs, elle a absorbé une grande quantité d'opium, N'a jamais eu de métrorragies. Mauvais état général; mange très peu; langue rouge et fissurée, constipée.

Toucher vaginal. — Col intact, mais élargi. L'utérus a le même volume qu'un utérus de 3 mois de grossesse.

Opération le 3 août 1895. — Hystérectomie abdominale. L'utérus a été soulevé aussi haut que possible et les vais-

seaux de chaque côté ligaturés. Tout l'utérus et une partie de la paroi vaginale ont été enlevés.

Comme on craignait que l'urètre droit n'ait été inclus dans une ligature, on le disséqua aussi haut que possible. Il fut ensuite incisé longitudinalement et une sonde introduite. La ligature fautive fut coupée, mais il était encore impossible de pousser la sonde plus haut. La vessie est alors ouverte et on peut faire passer une sonde à travers l'orifice urétéral jusqu'au rein, ce qui prouva que l'urètre était intact.

Les plaies de l'urètre et de la vessie sont suturées. L'incision abdominale est fermée et une mèche introduite dans le vagin.

8 septembre 1895. — La malade sortait guérie.

1^{er} février 1900. — Le docteur C. H. Spencer m'écrit que la malade est morte un an après l'intervention. Il n'y avait aucune récurrence locale. La malade n'avait pas eu d'hémorragies. A sa sortie de l'hôpital ses urines contenaient de l'albumine. Son asthénie et anémie avaient persisté et un anasarque généralisé s'était développé avant sa mort.

Examen de la pièce. — La pièce comprend l'utérus et les annexes qui, elles, sont intactes.

Les faces antérieure et postérieure de l'utérus sont lisses et brillantes. Sur la face antérieure, à environ 2 cm 1/2 du fond l'on voit deux nodules sous-péritonéaux. Leur contour est irrégulier, de couleur jaune-blanchâtre, ils sont recouverts de péritoine, saillant de 2 millimètres. Le plus petit a 1,5 cm de diamètre, le plus grand environ 3 cm. Immédiatement en arrière de la corne droite on aperçoit une saillie similaire de 2 cm 5 de diamètre. A la palpation l'utérus présente en différentes régions une dureté de pierre.

Le col a 3,5 de diamètre et est intact. Il est mou au toucher, mais en même temps, on a l'impression qu'il existe des régions plus profondes d'une dureté considérable.

A l'incision la muqueuse cervicale offre l'aspect habituel sur une hauteur de 5 millimètres, mais plus haut, il est pratiquement impossible de distinguer la cavité du col d'avec celle du corps, les deux cavités ayant la même largeur ; leur longueur totale atteint 10 centimètres.

Depuis presque l'orifice externe jusqu'au fond les parois sont constituées par du tissu d'aspect nécrotique, formant des masses plus ou moins grandes en forme de dômes. La surface interne est recouverte d'une substance sale, verdâtre par endroits, rougeâtre en d'autres. Les parois utérines depuis le col jusqu'au fond sont envahies par une néoformation, qui pénètre le muscle sur une distance qui varie de 8 à 2 millimètres de la surface. Au niveau des modules la paroi a été infiltrée sur toute son épaisseur, ces nodules représentant en effet la continuation de la tumeur.

Le col et le corps sont presque uniformément envahis quoique le col ait, peut-être, été touché un peu plus profondément.

A l'incision la tumeur est brillante, semi-translucide et présente de nombreuses granulations blanc-jaunâtre très ténues, parsemés dans toute sa masse.

Les parois utérines y compris la tumeur et le muscle ont une épaisseur variant entre 1, 2 à 3 centimètres.

La trompe et l'ovaire droits sont normaux. La trompe gauche paraît saine, mais on trouve dans le ligament large, surtout près de la corne utérine de nombreux nodules blanc-jaunâtre dont les dimensions varient depuis une tête d'épingle jusqu'à 3 millimètres de diamètre.

Certains modules sont groupés en chaînes ayant une direction parallèle à l'axe des trompes. L'ovaire n'offre rien de particulier.

Examen microscopique. — La muqueuse recouvrant la portion vaginale du col est intacte, les glandes cervicales avoisinant l'orifice externe présentent l'aspect habituel. Cependant à environ 3 millimètres au-delà de cet orifice, ces glandes diminuent de grandeur, prennent un contour irrégulier et pénètrent dans le stroma plus profondément que d'habitude.

Plus haut la surface interne de l'utérus devient rugueuse, inégale et est recouverte d'une substance nécrotique contenant du sang et des leucocytes polynucléaires. Les glandes qui ont pénétré dans le stroma sont pour la plupart groupées; par ailleurs on peut voir une seule glande volumineuse, nettement acineuse.

L'épithélium se rapproche beaucoup de celui des glandes cervicales, les cellules appartenant au type cylindrique élevé avec un protoplasma faiblement colorable et des noyaux basaux.

La majorité des cavités glandulaires contiennent une substance homogène se colorant faiblement par l'hématoxyline. On voit, en outre, parsemées dans la préparation, des cellules épithéliales, des cellules nécrosées et des leucocytes polynucléaires. Dans la plupart des glandes l'épithélium remplit à peine les lumières.

Le tissu entourant les glandes montre une légère infiltration lymphocytaire et par place de petits nodules néoplasiques.

La cavité utérine offre un aspect similaire : il n'y a pas traces de muqueuse normale.

Les nodules blanc-jaunâtres faisant saillie sur les faces antérieure et postérieure de l'utérus constituent des portions de la tumeur et contiennent les mêmes éléments morphologiques.

La tumeur est un adéno-carcinome. Son épithélium est tout à fait identique à celui du col. Son arrangement glandulaire est semblable à celui qu'on trouve dans l'adéno-carcinome du col. D'autre part, la sécrétion de substance prenant l'hématoxyline est généralement l'apanage des glandes cervicales. Nous sommes donc portés à croire qu'il s'agit ici d'une tumeur primitive du col.

Il est intéressant de noter que malgré l'envahissement tellement uniforme de la cavité utérine, la tumeur n'a pas progressé plus bas que l'orifice externe. Il est fort probable qu'on n'a pas fait l'exérèse de tout le tissu envahi.

La trompe droite près de la corne droite est normale, mais le muscle utérin qui l'entoure a été envahi par le néoplasme. La trompe a l'aspect sénile sur toute son étendue, mais elle est parfaitement normale.

L'ovaire n'a rien de particulier.

La corne gauche est également envahie par des glandes néoplasiques.

La trompe gauche est sénile, mais des coupes prises à 3 cm de l'utérus montrent de petites metastases immédiate-

ment au-dessous des plis de la muqueuse et à proximité des vaisseaux sanguins. Ces métastases sont contenues dans des vaisseaux délicats, évidemment des espaces lymphatiques.

L'ovaire est normal.

Diagnostic. Adénocarcinome de l'utérus (probablement d'origine cervicale) affectant toute la cavité et étendu aux deux cornes.

Envahissement des franges de la trompe gauche.

OBSERVATION VI

Lancereaux, *Bull. soc. anat.*, 1859, p. 116)

La nommée G..., 56 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu le 1^{er} février 1859, morte le 5 mai suivant.

Cette femme, assez fortement constituée, fut considérée par M. Piedagnel, comme atteinte d'un cancer utérin. Elle avait eu à plusieurs reprises des hémorragies utérines, dont une durant son séjour à l'hôpital. *Le toucher vaginal* toutefois ne donnant pas la sensation de parties indurées et ulcérées comme c'est d'ordinaire, le museau de tanche était légèrement entrouvert, mais ses lèvres étaient lisses et sans altération appréciable. L'utérus était volumineux, et par la palpation abdominale on constatait, sur l'un des côtés de cet organe, l'existence d'une tumeur arrondie du volume du poing, qui, sans l'état de cachexie dans lequel se trouvait la malade, aurait pu facilement être prise pour un corps fibreux.

Autopsie. — Le cadavre ne présente rien à noter à l'extérieur, il existe à la région hypogastrique un relief formé par la tumeur qui occupe le bassin ; on sent distinctement à gauche, en refoulant la paroi abdominale en arrière du pubis, une tumeur arrondie, en partie indépendante de l'utérus, auquel elle paraît tenir par un pédicule.

La paroi abdominale est incisée, et les organes génitaux sont enlevés.

L'utérus est volumineux ; il a 12 cm du fond au museau de tanche ; ses parois sont épaissies. A ces éléments normaux se trouvent ajoutés des éléments cancéreux d'autant plus

abondants qu'on approche davantage de la surface interne. Celle-ci, en effet, est représentée par une espèce de bouillie, un magma blanchâtre, très vasculaire en certains points et constitué par des éléments cancéreux. La cavité utérine a complètement disparu, ou plutôt elle est remplie par la matière ramollie, qui occupe également la cavité du col. Les lèvres du museau de tanche sont respectées.

La trompe droite a une longueur de 9 cm; son extrémité péritonéale se trouve renflée et creusée d'une cavité qui se continue avec la cavité utérine par l'oviducte, dans lequel on introduit aisément un gros stylet. Il existe à l'intérieur de cette cavité une matière noire, ramollie, qui paraît tenir à du sang épanché le reste de sa surface est lisse et blanchâtre; elle est fermée du côté du pavillon.

C'est aux parois épaissies et hypertrophiées qu'il faut rapporter cette dilatation de l'oviducte. La pression exercée sur ces parois fait sourdre une matière d'un blanc de lait, cancéreuse au même titre que celle qui se rencontre à la surface interne de l'utérus.

La trompe gauche forme une tumeur appendue au corps de la matrice, elle déborde en partie le petit bassin; oblongue, elle a environ 14 cm dans son plus grand diamètre, et 12 cm suivant le plus petit. Le pédicule qui l'attache à l'utérus est complètement oblitéré. Une membrane fibreuse, blanche, très épaisse, lui constitue une enveloppe de laquelle paraissent partir des prolongements fibreux ou fibroïdes qui, par leur cloisonnement forment des espaces remplis par les éléments cancéreux. Ceux-ci se trouvent donc dans les trompes comme dans l'utérus; dans la trompe gauche toutefois, il sont associés à une quantité considérable de gouttelettes graisseuses. Dans l'utérus, on trouve à peu près toutes les formes de cellules dites cancéreuses: cellules mères renfermant de deux à quatre cellules, avec de gros noyaux arrondis et de gros nucléoles; cellules coniques et cylindriques, toutes remarquables par leur noyau, qui varie peu; quelques corps fusiformes, qui très probablement sont ici les éléments normaux de l'organe; des noyaux libres et des gouttelettes graisseuses. Ces dernières se rencontrent surtout dans la tumeur formée par la trompe, où l'on trouve en outre des

corpuscules chargés de granulations graisseuses et assez semblables aux corpuscules de Glüge. Le cancer ici serait donc arrivé à une période plus avancée que dans l'utérus, puisqu'il aurait déjà en partie subi la dégénérescence graisseuse. Aussi y a-t-il lieu de croire qu'il a débuté par la trompe et n'a envahi que plus tard la surface interne de l'utérus.

Les ovaires sont sans altération ; tous les autres organes sont sains.

La rate, toutefois, est augmentée de volume et renferme un noyau blanchâtre qui, à l'œil, aurait pu être considéré comme cancéreux, mais qui, sous le champ du microscope, n'a présenté que les éléments de l'organe, j'ai essayé en vain de fracturer les os, dans le but de savoir si le cancer ne les avait pas envahis.

OBSERVATION VII

(Maunu af Heurlin. *Archiv. für gynæk.*, 1911, p. 444. Obs, 49)

Adenocarcinome du col et de tout le corps utérin. Myome sous-séreux et intrapariétal.

Malade de 65 ans.

Utérus un peu augmenté de volume $(3,5+3) = 6,5 \times 3,5 \times 3$ cm. Epaisseur de la paroi y compris le néoplasme de 1 à 2 cm. Quelques myomes intrapariétaux comme une noisette. Petit myome sous-séreux au fond (noisette).

Le néoplasme forme une ulcération couvrant toute la surface interne du col, à granulations fines irrégulières. La paroi cervicale est détruite par endroit jusqu'à son tiers moyen.

Vers l'orifice externe le néoplasme arrive jusqu'à 1 cm de celui-ci.

Dans le fond, la tumeur couvre tout l'endomètre sous forme de villosités serrées, régulières, courtes, jusqu'à l'orifice des trompes. L'épaisseur du néoplasme a jusqu'à 8 milli-

mètres. Paroi utérine amincie, à l'endroit le plus mince elle n'a que 5 millimètres.

La partie la plus inférieure du col semble normale.

Le perimetrium est rugueux, traces d'adhérences.

Examen microscopique.

Le néoplasme du col est formé d'imitations glandulaires serrées. Au niveau le plus ulcéré dans les couches profondes elles sont séparées par un stroma plus abondant.

L'épithélium est unistratifié presque cylindrique à noyaux réguliers ovales dans les couches superficielles. Dans les couches profondes, il est pluristratifié à cellules polymorphes avec de petits noyaux ronds, pauvres en chromatine.

Stroma infiltré de cellules rondes.

Vers le bas, à la limite de la muqueuse saine du col, on trouve encore quelques glandes cervicales régulières.

L'épithélium de surface manque.

Dans tout le corps, boyaux glandulaires, serrés, ramifiés, presque parallèles ayant infiltré la musculuse suivant une ligne sinueuse et formé des alvéoles glandulaires irrégulières dans la couche la plus superficielle du myomètre.

Epithélium en partie unistratifié, nettement pluristratifié, polymorphe à petits noyaux dans les parties plus profondes.

Dans les cornes utérines on trouve quelques glandes intactes sous la couche néoplasique.

OBSERVATION VIII

(Maunu af Heurlin. *Archiv. für gynæk.*, 1911, p. 442, obs. 50)

Adenome malin du col et de tout le corps.

Malade âgée de 48 ans.

Utérus augmenté de volume (9,5×5×3,5 cm.).

Épaisseur de la paroi y compris le néoplasme 0,5 à 2 cm.
Quelques myomes. Toute la surface interne du col jusqu'à

L'orifice externe est occupée par une ulcération inégale, granuleuse. A la partie inférieure du col la muqueuse seule est attaquée. A la partie supérieure la paroi est détruite jusqu'aux deux tiers de son épaisseur.

Toute la surface interne du corps jusqu'aux trompes est recouverte de villosités serrées et courtes. La paroi musculaire est infiltrée. Épaisseur du néoplasme dans le corps a jusqu'à 6 mm. Cavité utérine élargie.

Perimétrium rugueux.

Examen microscopique.

Dans le col. Imitations glandulaires irrégulières déchiquetées au milieu d'un stroma infiltré à cellules rondes. Dans les couches superficielles ces formations glandulaires sont parallèles, serrées. Dans les couches plus profondes stroma plus abondant. Épithélium partout unistratifié cylindrique.

Vers l'orifice externe, infiltration de la muqueuse seulement. On ne trouve aucune glande intacte. L'épithélium de la portion vaginale du col manque en grande partie.

Dans le corps. Le néoplasme ne s'est développé qu'en surface : imitations glandulaires assez serrées au milieu d'un stroma irrégulier. L'épithélium glandulaire est cylindrique, partout unistratifié à noyaux basaux.

Dans le fond on trouve encore quelques îlots de muqueuse intacte, infiltrée de cellules rondes et dont les glandes semblent comprimées par le néoplasme.

Un an après l'extirpation totale de l'utérus, laparatomie pour récidive : ablation de la tumeur et résection du colon. Formation d'une fistule du colon. Dans les tissus de la tumeur et du bord de la fistule du colon imitations glandulaires à épithélium cylindrique élevé.

OBSERVATION IX

(Maunu af Heurlin. *Archiv. für gynæk.*, 1911, n° 48)

Adenocarcinome du col et de tout le corps utérin.

Malade de 48 ans.

Utérus augmenté de volume ($11 \times 7 \times 5$), épaisseur de la paroi de 1,5 à 2,5 cm. Le néoplasme, sous forme d'une masse molle à granulations fines, s'étend depuis la partie inférieure du col, à 1 cm de l'orifice externe, sur toute la surface interne de l'utérus jusqu'aux cornes. A la partie inférieure la paroi utérine est infiltrée sur presque toute son épaisseur, *Dans le corps* on peut distinguer deux couches : une couche interne blanc jaunâtre formée d'une masse molle, vilieuse et une couche plus profonde un peu plus pâle qui a pénétré dans la couche musculaire.

L'épaisseur du néoplasme atteint 1,8 cm à sa partie inférieure et diminue peu à peu en se rapprochant des cornes utérines où elle n'est que de 0,4 cm. La partie la plus inférieure du col apparaît normale.

Examen microscopique. La partie inférieure du néoplasme tombe à pic sur la surface du canal cervical. La muqueuse en aval est saine, infiltrée de cellules rondes. *Dans tout le col*, formations glandulaires serrées formant presque des alvéoles pleines, séparées de minces travées de tissu conjonctif infiltré de cellules rondes. L'épithélium est formé de cellules petites, pâles, polymorphes.

Dans le corps on peut distinguer deux couches : une couche interne formée de formations glandulaires serrées séparées de minces travées de tissu conjonctif (image typique de l'adénome malin) et une couche externe donnant l'image du carcinome simple avec de grandes alvéoles séparées de minces travées de tissu conjonctif. A l'orifice des trompes on ne trouve que l'image de l'adénome malin. A la partie la plus profonde de la muqueuse quelques glandes utérines intactes. Le néoplasme a donc progressé sous forme d'adénome malin le long de la muqueuse depuis le col jusqu'aux trompes, se transformant en carcinome simple au niveau de la couche musculaire.

OBSERVATION X

(Thèse Pichot, Paris, 1876, ogs. 38, p. 34).

Cancer de l'utérus ayant atteint le col consécutivement.

La nommée B..., 50 ans, jamais malade antérieurement. Cependant sa santé était délicate. Réglée à 15 ans. Mariée. Pas d'enfants. Ménopause à 45 ans sans incidents.

Deux ans après la ménopause pertes blanches très abondantes subitement. En même temps vives douleurs dans le bas-ventre : douleurs analogues à celles qui précèdent l'arrivée des règles. Jamais de métrorragie véritable, à 3 reprises seulement elle vit apparaître un peu de sang, la malade ne peut en préciser l'époque. Rien d'important aux autres organes si ce n'est quelques douleurs à la miction et un peu de diarrhée.

Cet état persiste en s'aggravant lentement pendant 3 ans.

A son entrée à l'hôpital : amaigrissement, asthénie, surtout les derniers temps. Facies jaune paille. Les douleurs ont à peu près disparu. Pertes blanches sont actuellement insignifiantes et n'ont pas d'odeur.

Toucher vaginal. Tumeur dure, bosselée, faisant une saillie considérable dans le vagin, qu'elle obstrue presque entièrement et arrivant jusqu'à la vulve. Etant donné le volume de la tumeur on ne peut explorer les culs-de-sac et dire si le col utérin existe encore ou s'il est envahi par le néoplasme. On ne peut contourner la partie saillante de la tumeur qui semble adhérente à la paroi supérieure du vagin. La tumeur dure donne la sensation d'un enchondrome.

Introduction du speculum impossible ; on ne peut dire s'il existe un orifice sur cette tumeur.

Le palper combiné au toucher ne permet de sentir ni dans les fosses iliaques, ni dans la région hypogastrique de tumeur bien appréciable.

Toucher rectal. Tumeur occupant tout le petit bassin dont on ne peut atteindre la limite supérieure. Cette portion de la tumeur sans être fluctuante paraît moins dure que celle du vagin.

M. Guérin croit pouvoir affirmer la nature maligne de la tumeur tout en faisant des réserves sur sa nature et son point de départ.

10 août 1876. La malade est prise de vives douleurs dans le bas-ventre, tympanisme abdominal, constipation opiniâtre. Quelques gaz sont encore rendus par l'anus. Puis, nausées, vomissements. Cet état persiste malgré purgatifs et lavements. Il devenait évident qu'il se produisait une obstruction intestinale.

22 avril 1876. Purgatif énergique et insufflation rectale qui détermine une selle liquide peu abondante.

Les vomissements deviennent fécaloïdes ; le ballonnement du ventre s'accroît ; les anses intestinales surtout le gros intestin se dessinent très nettement.

5 mai. La malade succombe.

Autopsie.

A l'ouverture du corps on constate d'abord une dilatation énorme des anses intestinales qui font hernie. Elles semblent prêtes à éclater. Leur paroi se déchire de sorte qu'il devient difficile de dire si une perforation a existé pendant la vie.

Dans le bassin tumeur formée par l'utérus tout entier occupant à la fois le col et le corps de l'organe. Des anses intestinales y adhèrent. On peut rompre ces adhérences et reconstituer la forme de l'utérus et les culs-de-sac périutérins. Les ovaires englobés dans la tumeur sont manifestement dégénérés. Les trompes sont dilatées et pleines de liquide purulent.

L'utérus ouvert par sa face antérieure. Au niveau du corps tissu morbide, ramolli à la partie centrale, consistance caséuse analogue aux tumeurs tuberculeuses.

Au niveau du col les tissus sont fermes et résistants.

Il y a à première vue deux phases dans le développement de la tumeur : l'une plus ancienne correspondant à la période de régression de la tumeur, l'autre plus récente donnant une idée de l'état anatomique primitif du tissu morbide.

La cavité de l'utérus n'est pas effacée, elle communique avec celle du vagin par l'orifice du col. Cet orifice est à la

partie supérieure de la tumeur vaginale, un peu à gauche.

Le col est adhérent à la paroi supérieure du vagin, ce qui rendait impossible son contour pendant la vie.

A la partie supérieure du rectum étranglement intestinal, anneau dur, les tuniques extérieures de l'intestin seules sont envahies. La muqueuse présente quelques ecchymoses. Le rectum en aval de la tumeur est rétréci.

De chaque côté du bassin, ganglions dégénérés, reliés au reste de la tumeur par des traînées lymphatiques très facilement appréciables. Un gros ganglion au-dessous du tronc sous-pubien à la base du ligament large. Aucun autre ganglion cancéreux dans le corps.

Examen microscopique. Carcinome proprement dit de l'utérus en voie de régression graisseuse. La dégénérescence était surtout marquée au niveau du corps où on ne trouvait aucun élément cancéreux proprement dit, nombreux corpuscules graisseux.

Au niveau du col altération moins avancée, en certains points tissu cancéreux primitif dans toute son intégrité. Les cellules cancéreuses présentaient déjà de fines granulations graisseuses, en d'autres endroits quelques îlots de cellules cancéreuses au milieu d'une trame, donnant l'idée d'une tumeur fibroblastique. « Le cancer avait donc débuté dans le corps de l'utérus pour gagner le col par propagation. »

CHAPITRE PREMIER

Pathogénie.

Nous nous contenterons de donner dans ce chapitre un bref aperçu de ces différentes formes de cancers propagés ou associés qui ont été rencontrées.

Il est de notion tout à fait classique que le cancer primitif du corps n'a aucune tendance à dépasser l'orifice interne pour s'étendre au canal cervical. Quelques rares cas ont été cependant signalés : Hitschmann trouvait un cancer de l'utérus qui occupait toute la cavité du corps et la partie supérieure du canal cervical; la muqueuse inférieure était saine avec ses plis palmés bien conservés. Orsos Pecs a rapporté un cas analogue.

Hofmeier, Stratz, Schauta-Piering trouvaient en même temps qu'un cancer du corps, un second petit noyau dans le col. Hofmeier a montré que, dans tous ces cas, il s'agissait d'une greffe faite au niveau du col par l'épithélioma primitif du corps.

Tandis que le cancer du corps reste habituellement cantonné dans la cavité corporeale, le cancer endocervical, au contraire, forme cavitaire de Pozzi, s'étend fréquemment au corps de l'organe par la continuité de la muqueuse. Les observations rapportées par Ellischer, Chevassu, Poillaillon, Maunu af Heurlin (cas 47), Schauta, Cullen (page 266), Hartemann (thèse Kaminer), Pozzi, montrent cet envahissement à des degrés divers: depuis le simple liseré isthmique jusqu'à l'envahissement presque total, ne laissant intacte qu'une courte calotte de muqueuse au fond de l'utérus. Dans le cas de Pozzi, il s'agissait d'une coulée néoplasique isolée qui, partie du foyer endocervical, s'étendait jusqu'au fond. Dans la collection de la clinique du professeur Tixier, nous avons trouvé, sur une pièce, une lésion identique.

Un autre mode d'envahissement par la surface de la muqueuse, envahissement par sauts, a été décrit par Pfannenstiel et Paaschen. Ces auteurs trouvaient, en même temps, qu'un cancer du col étendu à tout le canal cervical, jusqu'au delà de l'orifice interne dans un cas; une seconde petite surface néoplasique ulcérée à la paroi postérieure du corps; une muqueuse hypertrophiée, boursouflée, mais non envahie, séparait les deux cancers. Ces auteurs se demandaient s'il ne s'agissait pas là, d'une greffe de particules néoplasiques détachées du foyer principal endocervical. L'existence d'une pyométrie dans le premier cas, un tamponnement intracervical resté longtemps en place, dans le second cas, faisant obstacle à l'écoulement des sécrétions, auraient favorisé le transport rétrograde des cellules cancéreuses. Des pièces analogues sont figu-

rées dans le traité de Cullen (p. 584) et de Veit (t. V, p. 230).

Pozzi donne la description suivante de la forme dite nodulaire du cancer du col : « Elle débute par un ou plusieurs noyaux situés sous la muqueuse du col, soit à sa surface externe, soit à sa surface interne, n'arrivant que tard à l'ulcération, des îlots méconnus peuvent exister au loin, alors même que la lésion paraît limitée. Par le progrès du mal, le nodule détruit la muqueuse et l'ulcération cancéreuse est constituée. Des noyaux semblables, formés dans le col et dans le corps, se fusionnent avec le premier, et bientôt tout l'organe et les tissus avoisinants se trouvent parfois envahis. » On peut ranger dans cette catégorie les cas de Rüge, Rüge et Veit, Abel, Flaischlen, Pfannenstiel.

Enfin, quelques rares faits de coexistence d'un cancer du col et du corps à siège limité, séparés de muqueuse saine et de structure histologique différente (épithélioma parimenteux du col et cylindrique du corps) ont été rapportés par Pozzi, Charrier, Eisenbrey, Sambalino, Durand et Lefort, Peter, Eckardt. Dans ce dernier cas, il s'agissait d'un adénocarcinôme du fond utérin et d'un adénome malin kystique du col.

Faut-il voir dans la forme anatomique que nous décrivons le dernier stade de l'évolution d'un cancer du col ou du corps ?

Maunu af Heurlin considère les cas 48, 49, 50 (nos observations VII, VIII, IX) comme des cancers primitifs du col étendus secondairement à toute la surface interne de l'utérus. L'origine cervicale lui paraît probable pour les raisons suivantes : 1° L'infiltration était plus profonde

dans la paroi du col: tandis que, à ce niveau, les cellules néoplasiques infiltraient largement le muscle; dans le corps au contraire, seule la muqueuse où une mince couche du tissu musculaire sous-jacent était intéressée; 2° le cancer était à un stade moins avancé dans le corps: les coupes qui y étaient prélevées montraient l'image de l'adénome malin presque pur considéré comme le premier stade du carcinôme. Dans le col, le néoplasme était arrivé au stade de carcinôme simple; on ne trouvait sur les coupes que des boyaux ou amas cellulaires pleins au milieu d'un tissu interstitiel peu abondant.

Si nous admettons l'interprétation de Maunu af Heurlin, il faudrait alors, dans l'observation II, considérer l'isthme comme le point de départ du cancer. C'est à ce niveau que le muscle est le plus profondément touché, les bourgeons y sont plus saillants que partout ailleurs, évasant le col en tromblon. L'observation I serait, au contraire, un exemple d'envahissement du col par le cancer du corps: c'est au fond que le bourgeonnement est le plus marqué, la partie superficielle des bourgeons déjà en voie de nécrose. Quoique le muscle semble peu envahi dans son ensemble, au simple aspect macroscopique, c'est encore au niveau du corps que l'infiltration est la plus profonde. Le col relativement peu augmenté de volume n'est pas évasé comme dans l'observation précédente, il est simplement entr'ouvert.

Nous ne pensons pas, d'après nos seules observations, pouvoir trancher cette question délicate de pathogénie; nous nous contenterons de soumettre à l'examen les pièces minutieusement figurées des cas que nous avons observés.

Il nous a paru que la pièce de l'observation II pouvait, à la rigueur, être interprétée comme un cancer de l'isthme propagé au corps ou comme un cancer endocervical propagé au corps. Il nous a paru aussi que la pièce de l'observation I, pouvait être considérée comme un cancer du corps ayant secondairement envahi le col ; mais, il s'agit là d'une question très importante qui ne peut être tranchée d'après le simple aspect macroscopique, pas plus d'ailleurs que par la forme histologique. Nous ne voyons pas non plus d'arguments à faire valoir contre l'hypothèse d'un cancer primitif diffus ayant débuté simultanément au niveau de la muqueuse utérine du col et du corps.

Cependant, les particularités que nous retrouverons au cours de cette étude et notamment la lenteur de l'évolution, la fréquence des métastases au niveau des trompes et de la paroi vaginale, jointes à la forme histologique de ce cancer nous inclinent à penser qu'il s'agit ordinairement d'un cancer du corps propagé au col. C'est l'interprétation vers laquelle penche le Professeur Tixier d'après les cas qu'il a eu l'occasion d'observer.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique.

L'utérus apparaît en général augmenté de volume, mais rien de bien net ne permet, dans son apparence extérieure, de songer à l'envahissement total.

Nous le verrons plus loin, on opère le plus souvent sur le diagnostic clinique de cancer endocavitaire avec pyométrie; mais, on ne songe pas au cancer total. Il serait cependant important au point de vue opératoire de pouvoir reconnaître d'emblée l'envahissement cancéreux du corps.

Dès l'ouverture de l'abdomen, certains signes seraient susceptibles de retenir l'attention d'un esprit prévenu : l'adhérence au corps utérin d'anses intestinales (Obs. X); la présence à la surface de l'utérus de nodosités jaunâtres (Obs. V) devraient y faire songer et par suite l'opérateur prévenu prendrait d'emblée les précautions d'usage dans la saisie de l'utérus, connaissant la friabilité spéciale du corps utérin envahi par le cancer. Dans un cas le professeur Tixier (Obs. IV) y songeait immédiatement, dès qu'il perçut à la traction des pinces de Museux la

friabilité des cornes. Il nous semble bien difficile de distinguer d'emblée d'après l'aspect extérieur, la pyométrie du cancer total et cependant dans la pyométrie l'utérus est globuleux, d'un rouge violacé, luisant, mou, fluctuant, les cornes espacées, tandis que dans le cancer total la situation des cônes ne semble pas modifiée, la consistance est moins particulièrement molle, l'aspect général moins globuleux. Peu importe d'ailleurs, ce diagnostic basé sur l'apparence, puisque dans les deux cas : pyométrie ou cancer total, la friabilité de l'utérus présente les mêmes dangers. Hâtons-nous de dire que le diagnostic ne se fait pas au cours de l'opération ; mais, une fois la pièce enlevée.

L'état du paramètre est extrêmement variable : peu infiltré dans certains cas, il peut l'être au point que la recherche de l'uretère est impossible (Obs. IV) et que l'on taille sans bien savoir où, en plein tissu néoplasique.

L'utérus une fois enlevé, apparaît toujours augmenté de volume et parfois dans de grandes proportions. L'utérus enlevé par Cullen avait trois fois son volume normal. C'est une hypertrophie en masse, qui ne représente pas toujours l'aspect globuleux du cancer du corps avec col normal, ni l'aspect en « tromblon » du cancer du col avec corps globuleux atteint de pyométrie. Ces aspects peuvent cependant se rencontrer de telle sorte que la pièce enlevée simule l'un ou l'autre de ces cancers et n'est pas caractéristique du cancer total.

Le diagnostic ne se fait qu'à l'ouverture de la cavité utérine : c'est alors qu'on voit que toute la cavité utérine jusqu'au voisinage de l'orifice externe est envahie par le cancer.

La cavité utérine peut exister encore, élargie même (Obs. II) et très étendue en hauteur : 12 cm. (Obs. V). ; mais, ayant perdu toute forme, comblée qu'elle est de bourgeons néoplastiques et on ne reconnaît pas davantage sur la tranche de section des parois utérines ce qui appartient au corps et ce qui appartient au col. Dans certains cas, la cavité n'existe plus, elle se trouve entièrement comblée par une masse de bourgeons néoplastiques qui éversent les parois de l'utérus dès qu'il est ouvert, comme si la tumeur était à l'étroit, enserrée par le muscle utérin.

Le corps est entièrement tapissé de ce bourgeonnement néoplasique et c'est à peine si, dans certains cas, de tout petits îlots de la paroi sont encore reconnaissables. Cet aspect est bien différent de celui que l'on observe dans certains cas de cancers endocavitaires propagés au corps où les coulées néoplasiques approchent du fond mais sans l'atteindre (obs. Chevassu, Hartemann, etc.). Les bourgeons néoplasiques s'étendent sur toute la cavité utérine jusqu'à l'orifice externe du col.

Il peut arriver que le col soit entièrement envahi et que les bourgeons s'étendent et s'éversent dans le vagin au point de masquer le col lui même (obs. X). Mais il est plus fréquent d'observer que les bourgeons néoplasiques s'arrêtent net à l'orifice externe du col, laissant libres en hauteur quelques millimètres de canal cervical normal. Même dans les cas où les bourgeons s'éversent hors du col il est facile de constater, en les soulevant, que leur implantation même se fait un peu au-dessus de l'orifice externe.

Le col n'est pas toujours modifié dans sa forme et dans

son volume par la présence des bourgeons néoplasiques. Le plus souvent, il est vrai, il est élargi, induré, évasé en « tromblon ». Mais il peut arriver qu'il soit peu modifié malgré la présence de bourgeons néoplasiques dans sa cavité.

Le bourgeonnement néoplasique peut revêtir des aspects variés : il forme le plus souvent des saillies mamelonnées, d'inégal volume, irrégulières, séparées par des anfractuosités : celles-ci revêtent rarement l'aspect d'ulcérations véritables. L'aspect des bourgeons d'ailleurs varie suivant les régions, volumineux et mamelonnés au fond de l'utérus, ils peuvent être villex dans la région du col ; mais il n'y a pas cependant de caractère semblant appartenir en propre à l'une ou à l'autre région et l'on peut aussi bien observer un bourgeonnement plus exubérant au niveau du col qu'au niveau du fond.

Les bourgeons sont de coloration pâle, souvent ils prennent, du fait de l'infiltration hémorragique, une coloration rouge ou violacée, un exsudat puriforme les masque souvent et remplit les anfractuosités de la tumeur ; beaucoup de bourgeons en certains points sont en voie de nécrose, diffusants, d'un gris verdâtre, souvent noirâtre, ce qui donne à la tumeur les apparences d'une ulcération à fond sanieux ; mais, celle-ci est ordinairement superficielle et ne creuse pas le muscle à la façon de certains cancers cavitaires.

L'infiltration du muscle utérin est un des points les plus importants à étudier. Nous l'avons fait sur les pièces qui provenaient de la clinique du professeur Tixier dans l'intention de nous faire une opinion sur le point de départ probable du cancer.

Dans son ensemble, la paroi utérine est toujours extrêmement épaissie, mais les bourgeons néoplasiques entrent pour la plus grande part dans l'épaisseur de la paroi. Le muscle peut cependant être lui-même hypertrophié, il en était ainsi dans notre observation II.

L'infiltration néoplasique du muscle utérin n'est pas un fait constant. Dans l'observation I le cancer semblait d'après l'examen de la tranche de section, appartenir exclusivement à la muqueuse et méritait le nom de cancer diffus de la muqueuse utérine. La limite entre le muscle et la muqueuse néoplasique était presque partout nettement indiqué par une ligne continue, mais un examen plus attentif faisait découvrir en certains points sur les parois latérales du corps une infiltration évidente bien que peu profonde à l'intérieur du muscle utérin.

L'infiltration à l'intérieur du muscle ne laisse rien présumer du point de départ primitif du cancer. Elle peut se faire de façon égale en tout les points de l'utérus ; ailleurs, elle prédomine au niveau de l'isthme, parfois, c'est en certains points du corps qu'elle semble plus avancée. La tumeur s'infiltré ainsi, souvent très près de la surface extérieure de l'utérus. Dans aucune observation nous n'avons trouvé l'aspect de ces formes térébrantes si particulières au cancer de l'isthme ou au cancer cavitaire qui ronge la paroi utérine et crée ce danger de la décapitation au cours de l'intervention.

Il n'est pas rare de rencontrer dans l'épaisseur de la paroi utérine de petits myomes dont les relations avec le cancer nous ont paru sans intérêt.

Les annexes peuvent être saines (obs. I) ; parfois, un petit hydrosalpinx ou même un pyosalpinx accompagne le cancer. Il n'y a pas là de quoi surprendre : le bourgeonnement néoplasique au niveau des cornes suffit à expliquer la rétention et l'infection.

L'envahissement néoplasique des annexes semble fréquent : il existait dans quatre de nos dix observations (obs. II, V, VI, X). Il n'est pas toujours facile au seul examen de la pièce de faire la part de l'ovaire et celle de la trompe dans l'envahissement néoplasique et l'examen histologique, lui-même, n'y parvient pas toujours. Dans l'observation II on crut, au cours de l'opération, constater l'envahissement néoplasique de l'ovaire gauche ; il fallut un examen minutieux de la pièce pour se rendre compte que l'envahissement atteignait surtout les parois de la trompe. Dans l'observation de Cullen, la trompe gauche avait paru normale ; l'examen histologique montra de petites métastases immédiatement au-dessous des plis de la muqueuse et à proximité des vaisseaux sanguins. Dans l'observation X les ovaires englobés dans la tumeur sont manifestement dégénérés, les trompes sont dilatées et pleines de liquide purulent.

Nous manquons d'éléments pour faire une description du territoire lymphatique envahi ; on peut, à priori, supposer que les ganglions tributaires du corps et du col peuvent être envahis. Dans l'observation X on trouva à l'autopsie un envahissement du paramètre tel, qu'il étranglait le rectum. Il y avait de chaque côté du bassin des ganglions dégénérés reliés au reste de la tumeur par des trainées lymphatiques très facilement appréciables. Un gros ganglion au-dessous du trou sous-pubien à la base

du ligament large. Aucun autre ganglion cancéreux à distance.

L'envahissement du vagin est fréquent : des coulées néoplasiques peuvent l'envahir (obs. IV). Dans certains cas (obs. I) des nodules intersticiels peuvent être perçus, saillants sous la muqueuse vaginale.

Les deux autopsies dont nous apportons le compte-rendu ne signalent pas de métastases viscérales.

Au point de vue histologique le cancer total de la muqueuse est un épithélioma cylindrique. Il en était ainsi dans toutes les observations où existe un compte-rendu histologique.

Nous renvoyons à nos observations I et II qui traduisent bien deux aspects de malignité différente de cette forme d'épithélioma : l'une (obs. II) est un adénome malin d'apparence à peu près typique, ne présentant qu'en certains points une multiplicité d'assises cellulaires et des plages de cellules néoplasiques qui manifestent les caractères de malignité de la tumeur. L'autre (obs. I) est un épithélioma cylindrique adénoïde qui répond à l'adénocarcinome des Allemands. Le caractère de malignité est affirmé par l'aspect désordonné du tissu de la tumeur et le polymorphisme des cellules qui tapissent les axes conjonctifs. Il resterait à préciser au point de vue histologique le mode de pénétration de la tumeur dans le muscle utérin. C'est une lacune de nos examens histologiques qui reste à combler.



CHAPITRE III.

Etude clinique.

Nous allons tenter de tracer une étude clinique du cancer total de l'utérus en nous basant exclusivement sur l'analyse des dix observations que nous possédons. Trois d'entre elles, à vrai dire, sont muettes sur les manifestations cliniques de la lésion et rapportent surtout des examens anatomiques. Nous avons pu cependant y puiser quelques notions sur l'âge des malades, et d'autres renseignements très brefs, susceptibles d'être utilisés.

Etiologie. — Cette forme particulière de cancer de l'utérus semble être l'apanage exclusif des femmes âgées : les malades avaient respectivement : 48 ans (2 cas), 50 ans, 55 ans, 56 ans, 57 ans, 62 ans, 66 ans, 69 ans, 76 ans. Toutes lorsque les premiers symptômes se manifestèrent, avaient dépassé la ménopause : de 2 ans, de 4 ans, de 8 ans (2 cas), de 22 ans, de 24 ans.

La plupart avaient eu des grossesses antérieures, une seule n'avait pas eu d'enfant.

Quelques-unes avaient eu dans leurs antécédents des cas de cancer : une malade avait perdu sa sœur de cancer utérin, la plupart ne présentaient pas de maladies antérieures dignes d'être notées. Une seule était suspecte de bacillose (obs. I). Dans aucun cas nous n'avons trouvé signalée la syphilis parmi les antécédents.

MANIFESTATIONS CLINIQUES.

Il n'est pas sans intérêt de noter que la maladie évoluait depuis longtemps déjà lorsque les malades vinrent se soumettre à un examen chirurgical. Dès maintenant, nous pouvons dire que la maladie a une évolution de longue durée; car, en tenant compte de la date d'apparition des premiers accidents, facile à établir puisque le premier symptôme fonctionnel était en général une hémorragie survenant après la ménopause, nous voyons que les malades ne se décident à consulter que très tard : 1 an (2 cas), 2 ans, 3 ans, 6 ans, 7 ans, après les premières manifestations caractéristiques. Dans un cas, même, la malade, qui fut envoyée dans la clinique du professeur Tixier par le docteur Bonnet, avait eu 6 ans auparavant, alors que sa ménopause était faite depuis 8 ans, une grosse hémorragie très anémiant et le chirurgien qui l'avait vue à ce moment avait perçu, disait-elle, une petite tumeur dont il proposa à la malade l'ablation (peut-être y avait-il un petit polype du col, symptomatique d'une lésion plus profonde, peut-être déjà un bourgeonnement de nature douteuse au niveau du col).

I. SYMPTOMES FONCTIONNELS.

a) *L'hémorragie.* — L'hémorragie est le plus souvent le premier en date des symptômes observés ; souvent, il précède de longtemps l'apparition des autres symptômes.

La malade de l'observation I avait eu sa ménopause à 47 ans, à 55 ans elle vit ses règles réapparaître. Ce furent des pertes rouges assez abondantes, fétides, survenant toutes les 3 semaines. Dans leur intervalle « *la malade perdait de l'eau* ». Au bout d'un an les pertes rouges et les pertes blanches se succédèrent sans interruption. Ce ne fut qu'à ce moment que les douleurs apparurent.

La malade de l'observation II commença à perdre 4 ans après sa ménopause : d'abord peu à la fois mais assez souvent ; puis, les hémorragies devinrent plus rapprochées, sans aucune régularité dans leur date d'apparition, de plus en plus abondantes aussi ; elles survenaient sous l'influence d'un effort, d'une contrariété même, au dire de la malade ; les injections vaginales la provoquaient. Pendant 6 ans, les hémorragies furent le seul symptôme. Un jour même, l'hémorragie fut inquiétante, elle marqua le début d'une période où les hémorragies se succédèrent tous les six ou huit jours. Les douleurs n'apparurent qu'au cours de la sixième année.

La malade de l'observation III vit apparaître 22 ans après la ménopause, des pertes rouges, puis des pertes blanches, ces dernières augmentèrent d'abondance pour devenir « *claires comme de l'eau* ».

Dans l'observation IV ce fut une très grosse hémorragie qui survint 8 ans après la ménopause et laissa la malade très anémiée.

Dans les autres observations, l'hémorragie est encore le plus souvent le symptôme initial. Dans l'observation X seule, il n'y eut jamais de métrorragie véritable; à trois reprises seulement la malade vit apparaître un peu de sang, c'est tout.

L'hémorragie nous paraît être le symptôme révélateur, de beaucoup le premier en date. Il peut paraître surprenant qu'il ait aussi peu mis les malades en éveil ou retenu l'attention du médecin.

b) *L'hydrorrhée*. — C'est là encore un symptôme important. Nous venons de signaler qu'elle peut alterner, dès le début, avec une hémorragie, qu'elle peut succéder à la phase d'hémorragies et revêtir un caractère d'abondance qui lui fait prendre le pas sur les autres symptômes.

Dans l'observation III, les pertes vont en augmentant « *claires comme de l'eau* ». Dans l'observation IV, l'hydrorrhée est continue.

Il est habituel que l'hydrorrhée, plus encore que les hémorragies, ait une odeur fétide.

c) *Douleurs*. — La douleur est le plus souvent un symptôme tardif, très tardif même, elle ne suit qu'au bout d'un an les premiers symptômes dans l'observation I. Dans l'observation II, ce ne fut qu'au bout de 6 ans que les douleurs commencèrent à accompagner les hémorragies. Parfois même, les douleurs sont absentes (Obs. III) pendant toute la durée de la maladie. Il peut arriver cependant que les douleurs soient un symptôme initial: dans l'observation X, elles suivirent de peu l'apparition des pertes blanches qui furent le symptôme initial.

Les caractères de la douleur sont variables: douleurs vives dans le bas-ventre, irradiées à la région lombaire et aux membres inférieurs, douleurs discontinues présentant des paroxysmes (Obs. I); douleurs très vives, lancinantes, dans tout le ventre (Obs. V); douleurs dans le bas-ventre analogues à celles qui précèdent l'arrivée des règles (Obs. X); douleurs intenses à caractère expulsif donnant à la malade l'impression qu'elle va accoucher (Obs. II).

Le plus souvent, la douleur augmente d'intensité; il peut arriver qu'elles deviennent constantes, intenses, surtout la nuit, irradiées aux lombes (Obs. II).

Hémorragie, hydrorrhée, douleurs sont la triade symptomatique habituelle, très caractéristique du cancer utérin; mais, à vrai dire, peu distincte des symptômes ordinaires du cancer du corps ou de quelques formes du cancer du col.

D'autres symptômes fonctionnels peuvent, à titre accessoire, se manifester :

Troubles urinaires surtout: douleurs dans les mictions; pollakiurie; pollakiurie nocturne. La malade de l'observation II urinait quatre ou cinq fois la nuit; parfois même, elle avait de l'incontinence nocturne d'urines.

Troubles digestifs à caractères vagues: diarrhée, constipation.

Parmi ces symptômes fonctionnels, quel est celui qui, un jour, décida la malade à entrer à l'hôpital ou consulter un chirurgien?

Ce sont rarement les hémorragies; seule, la malade de l'observation IV, chez qui le symptôme initial fut une

hémorragie inquiétante et qui l'anémie, fut à ce moment examinée par un chirurgien. L'une d'elle cependant qui perdait depuis 6 ans et qui vit les hémorragies se répéter tous les 8 jours, n'alla pas voir un chirurgien, mais confia ses misères aux Sœurs de l'hôpital Saint-Pothin, qui lui dirent : « Ne vous inquiétez pas, cela vous préservera d'une attaque ».

Plus souvent, la persistance d'une leucorrhée fétide, les alternatives des hémorragies et de leucorrhée décidèrent enfin les malades à consulter. Il s'en faut cependant que l'on ait attribué à ces symptômes leur valeur réelle, puisque, pour la malade de l'observation I, deux médecins consultés lui dirent que ce n'était rien; ils instituèrent un traitement médicamenteux et cela pendant dix mois. Le plus souvent, c'est lorsque les douleurs apparaissent, faisant suite à une longue période de misères encore supportables, que les malades se décident enfin à se confier au chirurgien (Obs. I, II, V, X).

II. ETAT GÉNÉRAL.

Le retentissement sur l'état général n'est pas toujours très intense au moment où la malade entre à l'hôpital. L'amaigrissement et la perte des forces peuvent être importants (10 kilogs dans l'observation IV); mais il arrive que les malades aient encore un état général apparemment bien conservé (Obs. IV). La malade de l'observation II était une malade grasse, au teint coloré, avec un assez bon état général.

Il est rare que la température soit notée; chez la malade de l'observation II, elle était de 37°8 à l'entrée et oscilla les jours suivants au voisinage de 38°.

Nous trouvons signalé dans l'observation I la présence sur la paroi abdominale de nœvis disséminés, signe auquel le Professeur Tixier attache une grande importance dans le diagnostic de propabilité des cancers abdominaux.

Une autre malade était atteinte en même temps de goître exophtalmique.

III. SIGNES PHYSIQUES.

Il est rare que l'inspection de l'abdomen soit susceptible de donner quelques renseignements.

Les observations sont le plus souvent muettes sur les signes de la palpation abdominale.

Le toucher vaginal ou mieux encore le toucher « *en ciseau* » un doigt placé dans le rectum, combiné à la palpation abdominale est la méthode d'exploration, habituelle à l'Ecole de la Charité, susceptible de donner d'emblée tous les renseignements nécessaires à l'appréciation des symptômes.

Nous parlerons plus loin des nodules qu'on peut rencontrer sur la paroi vaginale.

a) *Etat du col.* — Le plus souvent l'examen du col révèle des signes importants, mais d'une interprétation parfois difficile. Dans l'observation I, le col est dur, entr'ouvert. La pulpe du doigt atteint des bourgeons intracervicaux et le doigt ramène un écoulement blanchâtre et sanglant, extrêmement fade et fétide. Le col est très augmenté de volume dans son ensemble (Obs. II), très dur, l'orifice est entr'ouvert et le doigt sent saillir par cet orifice des bourgeons fermes et friables dont on ramène des

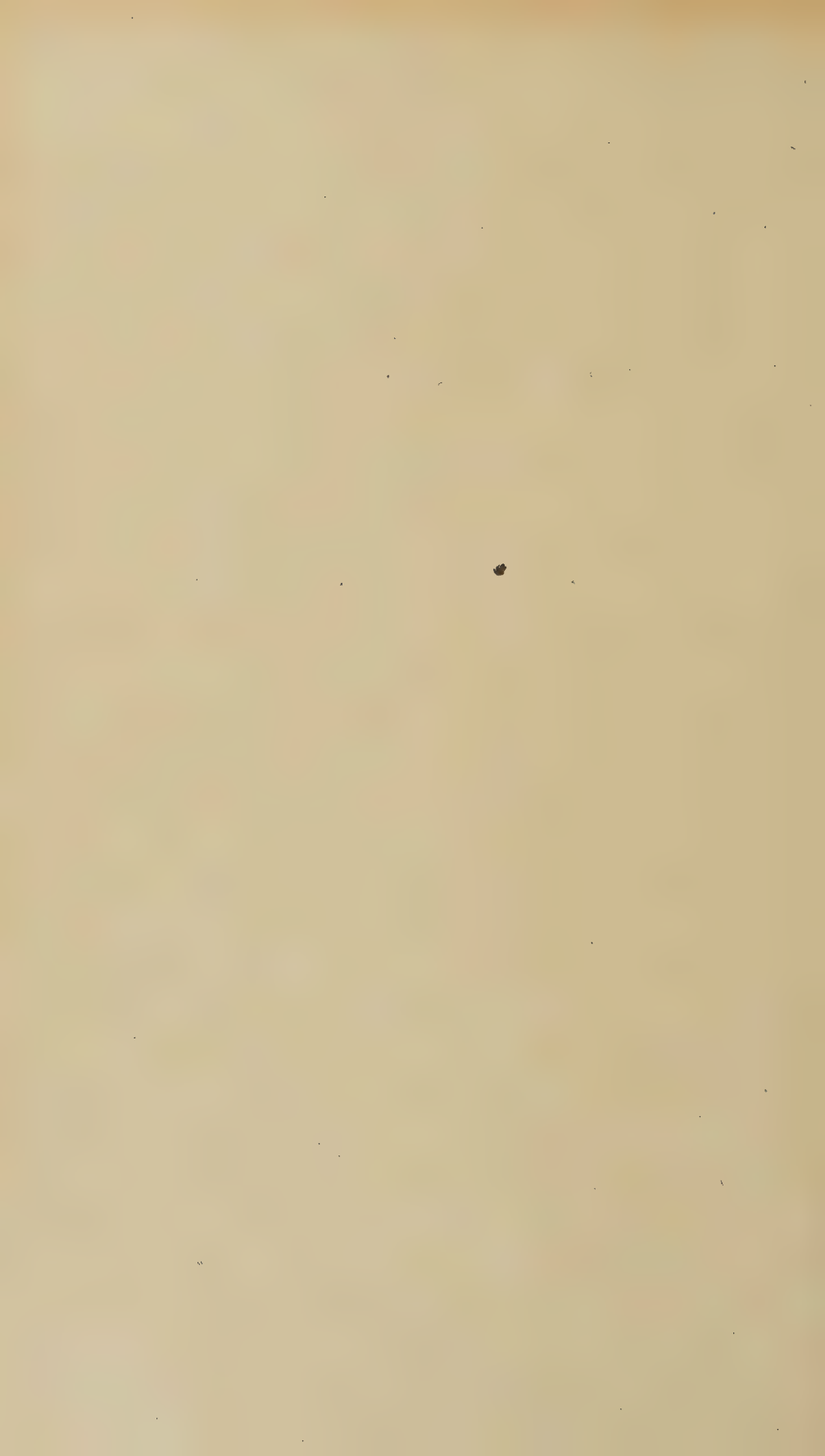
fragments. Dans l'observation III, on note : gros néoplasme du col semblant faire issue à travers le col, comme un néoplasme intracervical. On note dans l'observation IV un bourgeon néoplasique sur le col. Dans l'observation V le col est intact, mais élargi. Dans l'observation VI le col ne présente pas de parties ulcérées ou indurées ; mais il est entr'ouvert, ses lèvres sont lisses sans altérations appréciables. Dans l'observation X, on percevait au toucher vaginal une tumeur dure, bosselée, faisant une saillie considérable dans le vagin qu'elle obstrue presque entièrement et arrivant jusqu'à la vulve.

b) *Etat du corps.* — Il est en général très particulier. Dans l'observation I, l'utérus est gros, dur, formant un bloc solide enclavé en arrière sous le promontoire et bombant dans le rectum. Dans l'observation II, l'utérus tout entier est gros, on le délimite mal à cause de l'adiposité de la paroi, il est peu mobile, les culs-de-sac sont œdémateux. Dans l'observation IV, le corps utérin est volumineux, de consistance plutôt molle, faisant songer à de la pyométrie ou à un utérus fibromateux avec dégénérescence. Dans l'observation V, l'utérus a le volume d'une grossesse de trois mois, il est volumineux. Dans l'observation VI, l'utérus était volumineux et par la palpation on constatait sur les côtés de ce cet organe l'existence d'une tumeur arrondie, du volume du poing, qui, sans l'état de cachexie avancé dans lequel se trouvait la malade, aurait pu facilement être prise pour un corps fibreux. L'examen de la pièce montra que cette tumeur était formée par la trompe gauche envahie par le cancer.

c) *Signes de propagation. — Métastases.*

1° L'état du paramètre n'est pas toujours nettement indiqué, on notait bien dans l'observation IV que les culs-de-sac étaient blindés ; dans l'observation II, les culs-de-sac sont œdémateux ; ailleurs (Obs. III), il n'y a pas d'envahissement des cloisons recto ou vésico-vaginales.

2° Dans deux observations recueillies à la clinique du Professeur Tixier, la présence de nodules au niveau des parois vaginales avait fait porter le diagnostic de cancer du corps. Dans l'observation I, on percevait un nodule sous-urétral du volume d'un haricot, arrondi, élastique, circonscrit. Dans l'observation IV, on note simplement : bourgeons sur la paroi vaginale.



CHAPITRE IV

Diagnostic.

Si nous reprenons l'étude des symptômes fonctionnels et les renseignements de l'examen gynécologique nous croyons pouvoir schématiser l'allure clinique du cancer total de l'utérus de la façon suivante :

Les hémorragies, l'hydorrhée, les douleurs forment la triade de symptômes fonctionnels.

Les signes physiques sont essentiellement caractérisés par :

- a) *Un col volumineux et dur, entr'ouvert, à travers lequel peuvent être perçus des bourgeons néoplasiques.*
- b) *Un corps utérin augmenté de volume, globuleux, sensible à la palpation.*

Les signes fonctionnels sont caractéristiques du cancer utérin, il sera coupable d'en méconnaître l'importance ; mais, à vrai dire, sans grande valeur de localisation, puisque les mêmes symptômes peuvent exister dans le cancer du corps et dans le cancer du col compliqué de pyométrie.

Ces symptômes du moins, font faire, à l'interrogatoire

seul, le diagnostic de cancer et l'on s'attend à trouver dans l'exploration gynécologique les signes nets qui permettront de départager le cancer du col et le cancer du corps. Mais, ce qui est très particulier dans la plupart des cas, c'est que *le cancer total de l'utérus* participe par ses signes physiques à la fois au cancer du corps et au cancer du col.

Il arrive que, lorsque le doigt a atteint le col, on ait l'impression immédiate d'un cancer intracervical, mis à part les cas rares où comme dans l'observation X, la présence de bourgeons néoplasiques oblitérant le vagin ne permet pas de reconnaître le point de départ précis du cancer.

Mais, dès que l'on a perçu à la palpation le volume de l'utérus une autre question se pose : s'agit-il d'une pyométrie compliquant un cancer endocervical ; s'agit-il d'un néoplasme du corps ?

Cancer endocervical compliqué de pyométrie ;

Cancer du corps utérin

sont, en effet, les deux affections entre lesquelles se circonscrit le diagnostic. La longue durée d'évolution avant l'examen est en faveur du cancer du corps, l'augmentation de volume et la dureté du col sont en faveur du diagnostic endocavitaire et contre l'hypothèse de cancer du corps. Rappelons dans ce sens la proposition de Pozzi : « Il faut noter le peu de tendance du cancer du corps à envahir la muqueuse cervicale ; cette indennité du col est à la fois une difficulté pour le diagnostic et une ressource pour le traitement. » Aussi n'est-on pas surpris de voir que le diagnostic clinique porté avant l'intervention a été :

Cancer du corps utérin avec fond utérin en rétroposi-

tion lourd et mou. Nodule de propagation sous-urétral (Obs. I).

Néoplasme du corps utérin avec bourgeons intracervicaux expulsés (Obs. II).

Cancer typique cavitare bourgeonnant avec gros fongus sortant par le col entre les lèvres encore saines (Obs. III).

Cancer du col avec pyométrie (Obs. IV).

Est-il possible de pousser plus loin le diagnostic et d'arriver à celui du cancer total ? Nous ne le pensons pas. Les malades de la clinique du Professeur Tixier avaient été minutieusement examinées, il arriva même que pour l'une de ces malades examinée séparément par le Professeur Tixier et le Professeur agrégé Bonnet, le diagnostic fut fait par l'un de cancer endocervical avec pyométrie et par l'autre de cancer du corps. La seule conclusion que l'on puisse tirer de cette étude critique du diagnostic est que dans le cas où l'on aura une hésitation entre ces deux diagnostics il conviendra de penser à l'existence possible du cancer total que nous décrivons ici.

La consistance du corps un peu moins molle que celle de la pyométrie, la fécondité moins grande des pertes sont des symptômes qui pourraient faire pencher en faveur de ce diagnostic.

CHAPITRE V

Evolution.

Il est difficile de préjuger de l'évolution du cancer total de l'utérus d'après nos observations qui portent sur des malades opérées ou qui n'indiquent pas la durée totale de la maladie.

Une seule observation (Obs. X) peut être utilisée pour l'établir, la malade succomba à des accidents péritonéaux trois ans après le début de l'affection. Il s'agissait, en l'espèce, soit d'une occlusion intestinale par adhérence de l'intestin au corps utérin, soit d'une perforation intestinale secondaire à l'envahissement des anses. L'autopsie ne permit pas d'établir la cause précise de la mort.

Nous avons dit déjà que les raisons qui nous font admettre la longue durée évolutive de ce cancer réside essentiellement dans la longue période d'évolution qui précéda l'entrée des malades à l'hôpital. Chez d'eux d'entre elles les manifestations cliniques dataient de six à sept ans, chez l'une même un chirurgien aurait constaté six ans auparavant, au niveau du col, une tumeur anormale dont il proposa l'ablation.

CHAPITRE VI

Traitement.

Il ne nous paraît pas possible de poser des règles précises pour le traitement de cette forme spéciale de cancer de l'utérus, puisque, non seulement le diagnostic clinique n'est pas fait, mais encore il ne semble pas possible au cours de l'opération de distinguer l'envahissement du corps de la pyométrie.

Aussi, nous semble-t-il que l'opération la plus prudente sera celle qui traitera le cancer total de l'utérus comme un cancer endocervical avec pyométrie. L'opération aura du moins l'avantage de comporter un évidement pelvien commandé par le cancer du col. Dans notre ignorance de l'état du paramètre dans cette forme de cancer, c'est une sauvegarde d'avoir envisagé la lésion la plus grave et de s'être comporté en conséquence, c'est-à-dire d'avoir pratiqué l'hystérectomie totale et élargie, comme s'il s'agissait d'un cancer du col; mais il faut bien savoir qu'au point de vue opératoire ce cancer participe de toutes les difficultés inhérentes au cancer du col et à celui du corps :

envahissement du paramètre, friabilité du corps utérin, danger de décapitation au niveau de l'isthme. Ces difficultés lui confèrent une gravité opératoire très grande.

Il ne nous est pas possible d'envisager ici la radium-thérapie du cancer total, cette méthode de traitement n'ayant été employée dans aucune de nos observations et nous sortirions du principe que nous nous sommes imposé de ne rien avancer à priori et de nous en tenir strictement aux données qui nous sont fournies par nos observations.

Conclusions.

I. — Nous apportons l'étude d'une forme particulière du cancer de l'utérus, qui mérite, par ses caractères, le nom de cancer total de l'utérus.

II. — Cette forme semble distincte des formes propagées du cancer du col ou du corps habituellement observées.

III. — Il s'agit d'un adénocarcinome de la muqueuse utérine, couvrant la totalité de la muqueuse du corps et du col et infiltrant le muscle de façon variable et en des points qui pourraient laisser présumer du siège primitif.

IV. — Toutes nos observations ont trait à des femmes âgées ayant dépassé la ménopause.

V. — L'histoire clinique diffère peu de celle du cancer de l'utérus en général. Les hémorragies précèdent de longtemps les autres symptômes. L'hydroporrhée, les pertes fétales, la douleur sont les symptômes habituels.

VI. — Le diagnostic se présente presque toujours de façon identique. On fait, avant l'opération, soit le diagnostic de cancer du col avec pyométrie, soit le diagnostic de cancer du corps. C'est une fois la pièce enlevée et l'utérus ouvert que la lésion est reconnue.

VII. — Il s'agit d'un cancer à évolution lente. Les premiers symptômes dataient de plusieurs années quand les malades furent opérées.

VIII. — La lenteur de l'évolution, la fréquence des métastases au niveau des trompes et de la paroi vaginale, la nature histologique sont des arguments en faveur de l'origine probable au niveau du corps, à moins toutefois qu'il ne s'agisse d'une dégénérescence néoplasique atteignant d'emblée la muqueuse de tout l'utérus.

IX. — Au point de vue opératoire, ce cancer participe de toutes les difficultés inhérentes au cancer du col et à celui du corps : envahissement du paramètre, friabilité du corps utérin, danger de décapitation au niveau de l'isthme. Ces difficultés lui confèrent une gravité opératoire très grande.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
TIXIER.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 12 Juin 1923.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
J. CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

- ABEL. — Ein Fall von circumskripten Cervix carcinom und gleichzeitigen isolierten Krebsknoten im Fundus uteri, *Berliner Klin. Woch.* 1889, n° 30, p. 675.
- BOISSIER. — Etude clinique sur le cancer primitif du corps de l'utérus. *Thèse Montpellier*, 1900.
- BITSCH. — Du cancer primitif du corps de l'utérus. Diagnostic précoce. Traitement curatif. *Thèse Lyon*, 1891.
- BRÉYERE. — Contribution à l'étude clinique de l'épithélioma du corps de l'utérus. *Thèse Bordeaux*, 1893.
- HARRIER. — Epithelioma cylindrique du corps et épithélioma pavimenteux du col simultanés. *Bull. soc. anat. Paris*, 1890, p. 431.
- CHEVASSU. — Trois colpohystérectomies abdomino-vaginales pour cancer du col. *Bull. assoc. franç. pour l'étude du cancer*, 1910, p. 197.
- CULLEN. — The cancer of the uterus. New-York, 1900, p. 587, 266 et 584.
- DELATTRE. — Diagnostic précoce du cancer de l'utérus. *Thèse Paris*, 1922.
- DELBET. — Traité de chirurgie, Duplay et Reclus, 1892, p. 466.
- DURAND et LEFORT. — Coexistence d'un épithélioma du corps et d'un épithélioma du col de l'utérus à siège limité. *Bull. soc. anat.*, 1920, p. 652.
- EISENBREY. — Two types of Carcinoma occurring in the Same Uterus. *Proced. of the New-York path. soc.*, 1916, p. 42.

- ECKARDT. — Adenocarcinome solide du fond utérin et adénome kystique du col. *Archiv. für gynæk.* T. LV, 1898, p. 2.
- ELLISCHFR. — Über veränderungen des Schleimhaut des Uterus bei carcinom der Portio vaginalis. *Zeitsch. für geb. und gynæk.* t. XXII, p. 15.
- FLAISCHLEN. — Zur Radicaloperation des Carcinoma uteri. *Deutsch, mediz Woch.*, 1890, n° 30, p. 652.
- HITSCHMANN. — Ein Beitrage zur Kenntniss des Corpuscarcinom. *Archiv. für gynæk.*, 1903, p. 641, obs. VI.
- HOFMEIER. — Zur Anatomie und Therapie des Carcinoma corporis uteri. *Zeitsch. für Geg. und gynæk.*, t. XXXII, p. 171
- KAMINER. — Essai sur le cancer de l'isthme de l'utérus. *Thèse Paris*, 1892.
- LABADIE, LAGRAVE et LEGUEU. — Traité médico-chirurgical de gynécologie, Paris, 3^e édit., 1904, p. 912.
- LOMON. — De la pyométrie dans le cancer utérin. *Thèse Paris*, 1906.
- MAUNU AF HEURLIN. — Contribution à l'étude de la structure, de l'accroissement et du diagnostic histologique du cancer du corps utérin, avec des remarques sur la prolifération épithéliale typique de la muqueuse utérine. *Archiv. für gynæk.*, t. XCIV, 1911, p. 402.
- PAASCHEN. — Ein Fall von Doppelten Uterus carcinom. *Centralblatt für gynæk.*, t. XIX, p. 1064.
- XAVIER PETER. — Sur le cancer multiple de l'utérus. *Thèse Strasbourg*, 1921.
- PFANNENSTIEL. — Über das gleichzeitige auftreten von Carcinom am Collum und am Körper des Uterus. *Centralblatt für gynæk.*, 1892, p. 841.
- Beitrage zur pathologischen Anatomie und Histogenese des Uterus Krebses auf Grund eines Weiteren Falls von Doppeltem Carcinom an der Gebärmutter. *Centralblatt für gynæk.*, 1893, t. XVII, p. 414.
- PICHOT. — Etude clinique sur le cancer du corps et de la cavité utérine. *Thèse Paris*, 1876.

- POLAILLON. — *Bull. Soc. de Chirurgie*, 1888, p. 823.
- POZZI. — *Traité de gynécologie*, 1892, p. 392 et 4^e édit., 1907 p. 496 et 569.
- RÜGE. — *Verhandl. d. Gesell. für geb. u. gynæk.* Berlin, 8 mai 1885, *Zeitsch. für geb. in gynæk.*, t. XII, p. 202.
- RÜGE et VEIT. — *Der Krebs der Gebärmutter. Zeitsch. für Geb. u. gynæk.*, 1882, t. VII, p. 138.
- SAMBALINO. — Coexistence d'un épithélioma pavimenteux du col et d'un adénocarcinome du corps utérin. *La Gynecologia*, t. VII, 1910, p. 26.
- SCHAUTA. — *Prager. mediz. Wochens*, 1887, p. 235.
- SCHAUTA et PIERING. — Die radicalbehandlung des Carcinoma uteri. *Prager zeitsch. für Hællkunde*, p. 330.
- SCHROEDER. — *Maladies des organes génitaux féminins*, traduit de l'allemand par Lauwers, 1890.
- STRATZ. — Eine modification des Uterus extirpation per vaginam. *Centralbl. für gynæk.*, 1888, t. XII, p. 817.
- TESSON. — Le cancer primitif du corps utérin *Thèse Paris*, 1902.
- TIXIER et BONNET. — Du cancer total de la muqueuse utérine. *Soc. de Chirurgie de Lyon*, 14 juin, 1923.
- VALLA. — De l'épithélioma primitif du corps de l'utérus. *Thèse Paris*, 1889.
- VERDIER. — Cancer épithélial et sarcome diffus de la muqueuse utérine. Hématométrie. *Thèse Paris*, 1906.
- WINTER. — Carcinoma uteri in *Veit's Handbuch des gynæk.* 1899, t. V.

Nous avons consulté également : *Journal de Chirurgie*, 1909 à 1922 ; *Annales de Gynécologie et Gynécologie et obstétrique* 1900 à 1922 ; *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale* 1898 à 1914 ; *Surgery, Gynecology and Obstetrics* 1911 à 1922.

TABLE DES MATIERES

Introduction	7
Observations	11
Chapitre premier. — Pathogénie.....	39
Chapitre II. — Anatomie pathologique	45
Chapitre III. — Etude clinique.....	53
Chapitre IV. — Diagnostic	63
Chapitre V. — Evolution	67
Chapitre VI. — Traitement.....	69
Conclusions	71
Bibliographie	73
